FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THESE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANALYSE

DES

HALLUCINATIONS AUDITIVES

Leurs signes cliniques dans l'Hallucinose et la Psychose hallucinatoire chronique

PAR

PIERRE DÉGRAIS

Né à Sainte-Soline (Deux-Sèvres), le 10 Juillet 1890

Président : Mr M. LABBÉ, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : M. POUCHET

Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Médecine opératoire	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET, QUÉNU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Clinique d'otorhino laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBÉ (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMARET	LEMIERRE	OMBRÉDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GRÉGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GUÉNIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE. A MA MÈRE

Bien faible témoignage de reconnaissance.

A MA FEMME. A MA FILLE SUZANNE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE, LE DOCTEUR RENÉ CHARON

Médecin chef
de l'asile d'aliénés de Dury-lès-Amiens
Professeur de clinique des maladies mentales
a l'école de médecine d'Amiens

A MON MAITRE, LE DOCTEUR PAUL COURBON

Médecin chef de l'asile d'aliénés de Stéphansfeld
(Bas-Rhin)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur Marcel LABBÉ

Professeur agrégé a la Faculté de Médecine
de Paris
Médecin des hopitaux

A Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur agrégé a la Faculté de Médecine
de Paris
Médecin des hopitaux

Avant-Propos

Nous nous proposons d'étudier les formes diverses sous lesquelles se présentent les hallucinations auditives dans l'hallucinose et la psychose hallucinatoire chronique.

Cette sémiologie si utile à connaître pour établir le diagnostic et le pronostic des diverses psychopathies et psychoses est actuellement fort complexe.

S'il est facile de reconnaître les hallucinations auditives chez un malade, il est, par contre, souvent difficile de classer dans un cadre étroit le résultat de nos observations. Chacun de nous possède une formule psychologique qui lui est personnelle. Les uns sont des visuels, les autres des auditifs, d'autres enfin des moteurs.

Nous réagissons suivant des modalités diverses aux sollicitations extérieures ou intérieures. L'activité ou la passivité du sujet se réflète dans ses états d'âme lui imprimant telle ou telle directive.

Dans ce domaine si troublant et si obscur des hallucinations auditives, nous avons apporté à défaut de compétence, toute notre sincérité d'observation et le souvenir des bonnes leçons de l'asile de Dury-

lès-Amiens où nous avons été interne pendant deux ans.

Nous tenons à exprimer à nos maîtres, les docteurs Charon et Courbon, toute notre profonde reconnaissance. Ils nous ont appris à aimer la psychologie morbide que nous considérions avant, avec un sourire ironique et sceptique quant aux résultats. Nous avons vécu avec ces malades atteints de psychopathies. Nous avons appris à les aimer et avons constaté que l'on guérissait d'une « bouffée de manie aiguë » comme l'on guérit d'un trouble fonctionnel quelconque. Nous avons compris le rôle des intoxications exogènes et endogènes dans la genèse des psychopathies et le vaste champ ouvert au clinicien.

L'asile n'est plus la vieille prison où l'on se débarrassait de ces malheureux malades. Il s'est transformé en un hôpital coquet et propre en pleine campagne, le plus souvent, dont les pavillons (1) entourés de jardinets et de grillages, masqués par des arbustes et plantes grimpantes donnent l'illusion au malade qu'il n'est pas « interné » et qu'il sera soigné comme l'exige son état.

L'aménagement d'un asile, c'est déjà de la psychothérapie et la suppression du terme « asile d'aliénés », remplacé par « sanatorium », concourrait efficacement à détruire cette hantise qui frappe tout malade d'asile si péniblement affecté même quand il

(1) Pavillons modèles de l'asile de Dury-lès-Amiens.

est chronique d'être considéré comme un « aliéné ».

Nous exprimons à M. le Professeur Laignel-Lavastine tous nos remerciements pour le concours précieux qu'il nous a apporté à la rédaction de cette thèse. Nous avons trouvé à l'asile Sainte-Anne, l'accueil le plus aimable et les conseils les plus judicieux auprès du docteur Vinchon à qui toute notre gratitude est acquise .

CHAPITRE I. — GÉNÉRALITES

L'Hallucination

Définitions. — Il existe de nombreuses définitions de l'hallucination et nous citerons les principales .

1° « Un homme qui a la conviction intime d'une « sensation actuellement perçue, alors que nul objet « extérieur propre à exciter cette sensation n'est à « portée de ses sens, est dans un état d'hallucination ; « c'est un visionnaire ».

(Esquirol).

2) « Les hallucinations sont des sensations externes « ou internes perçues par le malade en l'absence des « excitants spéciaux destinés à agir sur nos sens ».

(Marcé).

3) « L'hallucination est une perception sans objet ».

(Ball)

4) « Par hallucination on entend des images senso-
« rielles subjectives qui sont projetées en dehors et,
« qui par là, deviennent objectivité et réalité ».

(Griesinger).

5) « La caractéristique de l'hallucination est de
« créer l'apparence d'un objet extérieur actuel qui
« n'existe pas en réalité ».

(Séglas).

Toutes ces définitions de l'hallucination données par les grands maîtres de la psychiâtrie sont excellentes et particulièrement celle énoncée par Ball dont la formule concise frappe l'esprit par sa clarté.

Qu'est-ce donc que l'hallucination ?

La physiologie nous apprend qu'il existe un phénomène que l'on appelle « l'excentricité des sensations » (1).

« Quand un centre nerveux est atteint, c'est à l'ex-
« trémité périphérique d'un nerf sensible en rapport
« avec ce centre que nous localisons la sensation.
« Les malades atteints de diverses lésions de la moelle
« ou de l'encéphale se plaignent de douleurs péri-
« phériques dont la cause est uniquement centrale
« Ainsi les excitations du centre cérébral correspon-
« dant à un appareil sensoriel ont le caractère spéci-
« fique des sensations que provoque dans cet appareil
« son excitant propre ; là est la cause des hallucina-

(1) *In Traité de physiologie*, de Gley, page 960.

« tions on entend des sons, on voit des objets qui « n'existent pas ».

(Gley).

Cette conception qui considère l'hallucination comme ayant sa cause dans un état d'excitation des centres sensoriels corticaux représente la théorie physiologique. La majorité des auteurs (Séglas, Tamburini), à la lumière de l'anatomie et de la physiologie, l'ont admise.

Il existe d'autres théories montrant l'origine sensorielle, intellectuelle ou psycho-sensorielle des hallucinations. Tanzi, partisan de la théorie anatomique comme Parchappe, Luys, compare ingénieusement le mécanisme de l'hallucination à celui du phonographe. D'après cet auteur, l'onde sonore est la réalité extérieure quand elle entre dans le phonographe et l'hallucination quand elle en sort.

Mourgue dans sa remarquable thèse a exposé les diverses théories relatives aux hallucinations (1). L'hallucination est donc une perception sans objet résultant d'un trouble morbide de nos centres cérébraux. Ces centres cérébraux où s'élaborent les processus intellectuels objectivent les idées dans les états comme l'hallucination et la psychose hallucinatoire chronique.

Ces idées morbides si nombreuses, si variées et

(1) Thèse de Mourgue, 1919. Etude critique sur l'évolution des idées relatives à la nature des hallucinations vraies.

dont l'association constitue le délire, se reflètent donc à la périphérie, à la source de toutes nos connaissances qui est constituée par les appareils sensoriels.

L'hallucination n'est pas seulement une perception sans objet, c'est un délire objectivé. C'est la conception élargie de Ball.

CHAPITRE II

Caractères de l'Hallucination auditive

L'hallucination auditive présente trois caractères :

1° Extériorité spatiale.

2° Objectivité sensorielle.

3° Caractère exogène.

Extériorité spatiale et objectivité sensorielle. — Le sujet a des perceptions sonores qu'il croit être déterminées par un objet situé en dehors de lui. Il a la sensation qu'une source sonore a vraiment impressionné son oreille. Il a eu une sensation véritable Le phénomène a, par rapport au sujet, une extériorité spatiale et une objectivité sensorielle.

Caractère exogène. — On entend, par caractère exogène, la spontanéité, l'incoercibilité et l'automatisme de ces perceptions fausses.

CLASSIFICATION

Nous pouvons tenter une classification des hallucinations auditives en considérant ces phénomènes :

1° En rapport avec l'ouïe.

2° En raport avec la motricité verbale.

3° En rapport avec l'exercice de la pensée sans interpositions d'images.

A. *Phénomène en rapport avec l'ouïe.* — Nous avons là des troubles auditifs proprement dits. C'est le sens de l'audition qui est en jeu. Nous y distinguons les catégories suivantes :

1° *Les hallucinations auditives véritables* avec les caractères d'extériorité spatiale et d'objectivité sensorielle qui comprend plusieurs degrés.

a) Elémentaires : sons, bruits indistincts.

b) Différenciés : sons différenciés : bruit de tel instrument.

c) Hallucination auditive verbale : paroles entendues.

Ce sont les plus importantes. Le sujet a des voix qui lui parlent.

2° *Pseudo-hallucinations auditives.* — Le sujet a des perceptions sonores qui ne correspondent pas à un objet extérieur à lui. Il ne dit pas que son oreille a été impressionnée ; au contraire, il dit que c'est en dedans de lui-même qu'est née l'image auditive. C'est une image qui arrive non précédée de la sensation d'une impression venant de l'extérieur. Par rapport au sujet, le phénomène est interne ; mais il lui paraît néanmoins anormal, indépendant de sa volonté. C'est une objectivation psychologique ; mais

il n'y a pas d'extériorité spatiale. Ce sont des perceptions subjectives très vives, possédant les caractères des hallucinations véritables, mais n'ayant pas le caractère essentiel de l'hallucination, l'extériorité spatiale. : Ce sont des auto-représentations auditives, mais non des hallucinations.

Elles présentent plusieurs degrés.

a) autoreprésentation auditive élémentaire.

b) autoreprésentation auditive différenciée.

c) autoreprésentation auditive verbale.

Le sujet entend des paroles. Il les entend avec son oreille ; mais elles ne viennent pas d'une voix étrangère à lui. Ce sont les pseudo-hallucinations de Kandinsky.

B. *Phénomène en rapport avec la motricité verbale.* — Ce ne sont plus des troubles auditifs ; mais des troubles de la fonction langage. On les confond aisément avec les phénomènes auditifs ; car la fonction langage est intimement liée à l'audition. De plus les malades dans leur auto-analyse emploient le mot de « voix » pour les désigner. Ce n'est pas un sens qui est en jeu. C'est la motricité verbale, la motricité du langage.

Au contraire, dans le groupe A, c'est l'audition verbale qui est intéressée.

1° *Hallucinations psychomotrices verbales vraies de Séglas.* — Le sujet exécute malgré lui, avec les organes de la parole (lèvres, langue) des mouvements

articulés. La perception de ces mouvements lui donne des mots dont il comprend, après coup, la signification. Ces malades disent qu'ils ne peuvent penser qu'en parlant. En effet, ces phénomènes hallucinatoires ne se produisent jamais quand ils parlent ou lisent à haute voix. D'autre part, ils ne peuvent pas parler eux-mêmes pendant qu'ils sont en proie aux hallucinations. Il n'y a pas ici d'extériorité spatiale, puisqu'il s'agit d'un mouvement s'accomplissant sur le sujet lui-même ; mais du moins, l'image motrice est-elle reportée excentriquement et localisée à la périphérie de l'appareil vocal (voix labiales, voix épigastriques) (Séglas). Il y a donc ici comme caractères de ces hallucinations psychomotrices de Séglas: l'objectivité sensorielle et le caractère exogène.

2° *Pseudo-hallucinations psychomotrices verbales de Séglas.* — Le sujet perçoit des images motrices d'articulation ; mais qui ne s'extériorisent pas en mouvements des lèvres et de la langue. Ces mots sont saisis par leurs caractères moteurs et non par leurs caractères auditifs. Ils expriment des pensées différentes ou des pensées ordinaires du sujet. Il s'agit donc d'un phénomène ayant une objectivation psychologique, dépourvu de l'ébauche d'objectivation sensorielle constatée dans le groupe précédent. Ce sont des auto-représentations verbales motrices.

C) *Phénomène en rapport avec l'exercice de la pensée, sans interposition d'images.* — Nous avons vu précédemment le rôle joué par le sens auditif et

le sens moteur dans la genèse des hallucinations auditives. C'est par l'intermédiaire de ces sens, sens auditif et sens moteur, que les sujets prennent connaissance de la signification des états psychiques anormaux dont ils étaient le support. En d'autres termes, c'est en entendant des mots, en en prononçant eux-mêmes que les sujets prennent connaissance d'idées ou de sentiments anormaux, qualifiés par nous de vraies ou de fausses hallucinations. Les sujets que nous étudions dans ce paragraphe ont directement des pensées ou des sentiments qui leur viennent sans avoir été traduits par le langage. C'est ce qui se produit, par exemple, dans la prière où le croyant dit avoir communiqué avec Dieu. En réalité, il n'a pas entendu la voix de Dieu. Il se voit même très embarrassé pour dire quels sont les mots dont Dieu s'est servi pour lui faire connaître sa volonté. Le croyant a senti que Dieu était content et lui a donné tel ou tel conseil.

Quand le malade expose ces phénomènes, le langage étant le seul moyen de communication que nous ayons avec autrui, nous disons qu'il a eu une hallucination auditive. En réalité, il y a eu naissance d'idées ou de sentiments, états de conscience paraissant hétérogènes, non en rapport avec la personnalité antérieure.

En somme, ce ne sont pas les sens, ce n'est pas la motricité verbale, c'est uniquement la pensée elle-même qui est intéressée.

1) *Hallucination physique proprement dite.* — Le sujet croit que c'est une volonté étrangère à la sienne qui lui envoie cette idée qu'il adopte comme vraie.

2) *Auto-représentation mentale.* — Le sujet a des représentations mentales anormales venant d'ailleurs. (Pseudo-hallucination de Kahlbaum).

D'après certains auteurs, Blondel (1) notamment, les seules hallucinations vraies, possédant les trois caractères exposés plus haut, sont des hallucinations passives. Elles ne se rencontreraient que dans la démence ou dans la confusion ; par conséquent, chez des persécutés devenus déments ou confus (infections, intoxications, alcoolisme par exemple). Les autres hallucinations à objectivité sensorielle peu nettement décrétées par les malades mais ne présentant pas d'extériorité spatiale, sont des hallucinations actives. Elles se rencontreraient dans les délires sans confusion, ni démence.

Pour Petit (2), il n'y a plus que l'automatisme qui entre en jeu et dans une étude très intéressante sur les autoreprésentations aperceptives, cet auteur distingue deux modalités d'expression de l'automatisme mental.

« 1° *Un automatisme primitivement synthétique*, « purement idéatif ou idéo-affectif qui développant « progressivement des idées générales, des senti-

(1) Thèse de Blondel.
(2) Thèse de Petit.

« ments (désirs ou craintes principalement) aboutit « à la constitution d'une personnalité délirante nou- « velle » (Délire d'interprétation et d'imagination).

2° *Un automatisme primitivement analytique ou élémentaire* portant sur des éléments plus simples, « non systématisés ou groupés primitivement, des « processus psychiques : tendances, volition ou « idées simples, représentations simples automati- « ques, aperceptives ou hallucinatoires qui surgis- « sant pour ainsi dire isolées et sans lien apparent « dans la conscience surprise du sujet, ne suscitent « que secondairement des explications ou des inter- « prétations de la part du reste de la personnalité.

« Ainsi pourraient, à notre avis, s'expliquer les « phénomènes d'automatisme idéo-affectifs que l'on « constate chez les obsédés et les impulsifs, ou les « faits d'automatisme hallucinatoire ou pseudo-hal- « lucinatoire observés chez les hallucinés dits cons- « cients ou les malades atteints d'hallucinose (p. 68-69) Thèse de Petit, Bordeaux 1913.

Un auteur qui n'a d'égal à sa grandeur que sa modestie, Baillarger écrivait en 1846 : « Le mécanisme « intime de l'hallucination est et sera probablement « toujours inexplicable ». Cette conception pleine de vérité, mais un peu troublante par son scepticisme, ne doit pas nous faire abandonner l'observation attentive des états psychiques morbides accompagnés d'hallucinations. Nous avons tenté de classer les hallucinations auditives et nous pouvons, le plus sou-

vent, faire rentrer dans l'une ou l'autre de ces catégories une grande variété d'hallucinations auditives. Mais il ne faut jamais perdre de vue que la sémiologie des hallucinations auditives est rendue difficile en raison des formules psychologiques diverses des sujets. La formule si couramment employée en médecine générale : « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades », s'applique en même temps à la psychiatrie. Il n'y a pas de maladies mentales, il n'existe que des groupements de symptômes, des syndromes variés à l'infini et paraissant se confondre bien souvent.

Aussi il nous semble néfaste de classer à l'excès et de créer des syndromes si divers que deux aliénistes d'école différente ne se comprennent pas. Un aliéniste distingué, M. Arnaud, a parlé avec raison de « l'anarchie psychiatrique ». Ne créons pas de grands mots destinés à masquer notre ignorance. Observons scrupuleusement et ne suggérons pas aux malades ce que nous voudrions qu'ils nous disent pour confirmer un article ou une thèse.

CHAPITRE III

Facteurs pathogéniques des Hallucinations auditives

Nous avons exposé brièvement dans les deux chapitres précédents les diverses théories relatives aux hallucinations et nous avons tenté un classement des hallucinations auditives.

Nous allons maintenant examiner les facteurs pathogéniques (1° matériaux, 2° activité de l'esprit) de ces hallucinations et l'importance de l'un ou l'autre de ces facteurs dans leur production. Nous n'étudierons l'hallucination auditive que dans l'hallucinose et la psychose hallucinatoire chronique.

Chez un individu normal, pour qu'il y ait perception, il faut une sensation impressionnant tel organe sensoriel qui la transmet aux centres nerveux cérébraux.

« *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu* ». C'est à ce phénomène d'élaboration psychi-

que que l'on donne le nom de perception. Chez l'individu morbide la perception existe ; mais elle peut se manifester sans cause extérieure impressionnant les organes sensoriels. Ces sensations, véritables « aliments » de notre activité psychique se transforment à la faveur des processus intellectuels et deviennent des images, des idées qui peuvent s'extérioriser, s'objectiver chez le sujet morbide ou dans un état fortuitement morbide comme la rêverie, le rêve.

Nous aurons alors des manifestations différentes suivant l'activité intellectuelle du sujet.

Hallucinations oniriques. — Dans certains états toxiques, les centres profondément imprégnés par la substance toxique (l'alcool le plus souvent) réagissent violemment. Les facultés intellectuelles sont livrées sans frein à cette irritation du poison qui déclanche des phénomènes de suractivité cérébrale et organique accompagnés d'hallucinations oniriques dans les états graves et d'hallucinations hypnagogiques dans les états moins toxiques.

Ces hallucinations oniriques ne nous arrêteront pas ; car elles dépassent le cadre de cette étude ; mais nous observerons leurs séquelles dans la genèse de certains cas de psychose hallucinatoire chronique.

Hallucinations auditives dans l'Hallucinose. — Dans d'autres états, l'activité psychique est nulle, la pauvreté de construction idéologique est telle que le sujet a des hallucinations auditives dont le contenu est généralement la voix ayant une origine et un

timbre particuliers. Cette voix lui est transmise par télépathie, par un appareil spécial, etc...

Parfois cette voix est l'écho de la pensée du sujet à qui on vole sa pensée ; mais le plus souvent, elle transmet des insultes ou des menaces. Dans ces états bien particuliers, l'activité intellectuelle est nulle. Il n'y a aucune interprétation délirante. Le sujet, passif le plus souvent, subit ces voix, ne cherche pas à savoir leur origine et demande parfois l'assistance de son entourage pour le défendre. Ces états dans lesquels les hallucinations résument les troubles morbides et qui évoluent sans être accompagnés d'idées délirantes représentent l'hallucinose (Dupré) (1).

« Ce qui la caractérise, c'est le contraste qui existe « entre le développement des phénomènes halluci- « natoires et l'absence d'un système d'interpréta- « tions délirantes surajoutées (2) ».

Nous avons observé à l'asile Sainte-Anne deux cas d'hallucinose fort intéressants, dans le service de M. le professeur Laignel-Lavastine et nous en publions les observations.

Mademoiselle S..., est à l'asile Sainte-Anne depuis un an.

« Je suis venue dit la malade, à la suite de persécutions « d'individus et de femmes qui ne se sont jamais montrés. « Ils me parlaient à distance. Ils me disaient des sottises. Je « n'entendais pas bien ; car ils me paraissaient assez loin.

(1) Dupré et Gelma. — Hallucinose chronique (soc. de psychiâtrie, 16 février 1911. — Buvat, un cas d'hallucinose chronique (soc. de psychiâtrie, 15 juin 1911).

(2) Laignel-Lavastine. *La Pratique psychiâtrique*, page 38.

« J'entendais des grossièretés et ils me critiquaient sur mon « physique, sur mon âge, sur ma moralité. Constamment cela « a progressé. Ils ont critiqué ma famille et m'ont dit des « choses épouvantables sur mon père. Toute ma famille y a « passé. C'est suffisant de me poursuivre, il faut laisser les « morts tranquilles. Il y a deux voix. L'une a des trémolos « dans la voix, se fait caressante, fait u-o-u-u-i, prenant par- « fois un ton pathétique. L'autre est une horrible voix qui « dit des méchancetés. Ces voix me font dire des choses que « je ne dis pas.

« Avant mon entrée ici, j'allais habiter de tous les côtés « pour les éviter. Quand je me réveillais la nuit, des hommes « et des femmes m'insultaient.

Question. — Vous avez donc vu des hommes et des femmes ?

Réponse. — « Non ; mais c'est d'après le timbre de la voix « que l'on reconnaît un homme et une femme. Je ne les voyais « jamais et je vous dis que c'étaient toujours les deux mêmes « voix ; la voix pathétique et la grosse voix. Ces voix m'ont « empêché de travailler quand la vie était chère. Elles m'ont « fait dépenser mes économies à tort et à travers. C'était in- « fect ! Quand j'achetais un morceau de rosbif à la boucherie, « j'entendais : « Ce n'est pas pour toi le rosbif ». Tout ce que « je faisais et tout ce que je disais était critiqué. J'avais beau « changer de « places », ces voix me poursuivaient. Je me « demande comment je perçois ces voix par moment. Je dois les « entendre au moyen de machines. Ce ne sont pas des voix « imaginaires. Je proteste ; car ce n'est pas de l'imagination. « C'est une persécution ignoble, horrible. Je ne sais pas qui « c'est. Je ne puis accuser personne et je suis étonnée qu'on « tolère des choses semblables. Quand j'ai commencé à enten- « dre ces voix, c'était confus au début. J'avais des colères et « un fort mal de tête ici. (La malade indique la région frontale « droite). J'avais un bouleversement dans l'estomac, cela me « remontait, me pinçait. J'avais le front brûlant et les yeux « me faisaient mal. Je me défendais ; car ces voix m'escortaient

« partout. Quand je racontais cela, on me prenait pour une « folle. C'est la triste réalité et *pourtant c'est bien abracada-* « *brant*. Ces voix me disaient : « On va la faire arrêter ! On va « la faire renfermer ».

« Parfois, on siffle dans la nuit !... Que signifient les sirè- « nes ?... et les voitures ?...

« Je ne veux pas sortir ; car j'ai peur d'aller dehors. Elles « viennent (les voix) bien jusqu'ici ; mais surtout dans certai- « nes salles, ici entre autres. Si j'allais dehors, ce serait terri- « ble. Ici je suis relativement tranquille. »

La malade n'a pas de réticence. Elle raconte avec volubilité et parfois avec véhémence et colère, ses divers troubles hallucinatoires. Elle ne voit pas dans son interlocuteur un ennemi ; mais un confident. Elle semble soulagée quand elle nous fait part de ses troubles, n'interprète pas notre arrivée et notre interrogatoire dans un sens favorable ou défavorable.

Cette malade présente des troubles liés à la ménopause. Elle a le teint terreux, une circulation ralentie avec troubles vaso-moteurs et des signes de perturbations endocriniennes.

Ce qui frappe dans cette malade, c'est l'accueil bienveillant et poli avec lequel elle reçoit son interlocuteur. L'on est d'autant plus surpris que nous avons affaire à des hallucinations auditives. Généralement les malades atteints d'hallucinations auditives présentent un réflexe de défense très accusé et suivant le degré de perfectionnement de leur éducation et de leur instruction, affectent de ne pas comprendre le but de votre visite, sont réticents et si l'on

insiste sur leurs troubles, il en peut surgir une profonde indignation avec éclats de voix et même des violences.

Ici nous ne remarquons rien de semblable. Ce réflexe de défense n'existe pas et le sujet, de tempérament passif, n'interprète pas ses troubles. Au contraire, la malade découvre la genèse de ses hallucinations auditives dans un état physique antérieur laissant à désirer. Elle n'en veut à personne et ne sait pas qui lui veut du mal ainsi.

Ses voix sont au nombre de deux : L'une d'un timbre imitant l'anomatopsée u-o-u-u-i, ce qui fait dire à la malade que c'est une voix à trémolo, une voix pathétique. L'autre est une grosse voix.

Le contenu intellectuel de ces voix se réduit à des insultes toujours les mêmes et à des menaces ; mais il n'y a pas d'idées délirantes suivies, autrement dit de délire de persécution systématisé. La malade ne cause pas avec ses voix, elle les subit. Elle voudrait les éviter et pour cela tient à rester à l'asile. Ses facultés intellectuelles ne réagissent pas et ne construisent pas un système pour expliquer ces hallucinations. Ici nous avons une indigence et même une absence presque complète de construction idéologique. Ces hallucinations auditives présentent les trois caractères que nous avons énoncés précédemment. Elles ont débuté par des bruits confus ; puis peu à peu se sont différenciées et sont devenues verbales.

Observation de Mme G... (Asile Sainte-Anne)

« Je m'appelle Madame G... de son petit nom, Yvonne Ga...,
« comme j'ai été inscrite au 1er bureau ; mais je ne veux pas
« être inscrite sous le nom d'Yvonne G... J'ai 43 ans et suis à
« l'asile depuis un an et demi. Voici ce qui m'est arrivé : Je
« suis tombée brusquement en arrière à la suite d'aviation,
« quand il y a eu la commission médicale de Brest, quand nos
« soldats étaient malades à Brest et c'est le Dr P..., de l'Insti-
« tut Pasteur, qui s'en occupait. Les avions passaient et j'étais
« à la fenêtre. Je suis tombée depuis lors, plusieurs fois. Je
« perdais la notion des choses. J'avais quelquefois des étouffe-
« ments, l'émotion, le cœur étant pris, un rien vous donne
« la transmission. Quand quelqu'un est auprès de moi, je dis
« tout haut ensuite leurs pensées. Ces dames qui sont ici en
« profitent pour s'en servir et elles les envoient au ministère
« pour nuire. C'est la jalousie des médecins qui m'a envoyé
« ici. Je craignais avoir un cas de paludisme par transmission.
« Mon mari avait une transmission des yeux et cela me faisait
« mal. J'ai eu une histoire au « Bon Marché ». En passant près
« d'un chef de rayon, il m'a bousculée et en sortant je suis allée
« à ce fiacre où il y avait des jeunes gens qui, pour moi, al-
« laient à la Santé. J'ai parlé ; mais il y a des pensées qui mar-
« chent en même temps et vous ne pouvez pas comprendre.
« Tout le monde s'est servi de ma vie. On a fouillé chez moi.
« J'entends des voix, des pensées. J'évite de suivre les pensées
« des gens que je vois. Je suis toujours avec l'armée. J'avais
« un commandement effrayant et je ne veux pas le dire. J'avais
« l'intuition qu'on m'a endormie. J'avais des ennuis au début.
« Je n'aurais pas voulu que ma fille me quitte. Il y a eu un
« changement énorme pour nous. A ce moment cela n'allait
« pas très bien. J'ai appris un jour que ma fille était dans un
« état épouvantable, j'ai eu peur et depuis ce temps-là, je n'ai
« plus été la même. A l'Institut Pasteur, on m'a enfermée un
« mois et demi. J'ai cru avoir la fièvre typhoïde. J'étais très

« malade. On m'a donné des bains électriques. J'entendais « des voix et la transmission de la pensée. J'ai vu que je mou- « rais, je me suis vue dans un cercueil. Je n'ai jamais fait « d'excès de boisson ; car je buvais peu de vin. Quelquefois « on disait que j'avais bu un coup de trop ; car j'ai la figure « rouge. Je buvais peu de vin. On m'a dit : « Vous souffrirez « par votre fille, comme on a pris votre fils ». C'est un petit « peu tout le monde qui m'en veut. Il faut avoir la pièce à la « main pour être bien vue partout maintenant. Et puis je suis « allée à Fontainebleau et là, la biologie, la géologie se sont em- « parées de moi. C'est une transmission. C'est un mélange in- « compréhensible ; car souvent il y a une personne qui me « parle et ce n'est pas elle ».

A ce moment passe, une autre malade, en toussant légère- ment, aussitôt notre malade s'écrie : « Vous voyez ce que fait « René en faisant hem ! C'est pour vous empêcher de conti- « nuer. Cela vous fait penser à autre chose. Il y en a bien qui « me comprennent, ce sont les personnes qui pensent avec moi.

« Quand on fait une piqûre à une malade c'est moi qui la « ressent par transmission.

Question. — Quel jour sommes-nous aujourd'hui ?

Réponse. — Vendredi 16 juillet 1920 (exact) ; mais ici on ne sait pas comment on vit.

Nous avons laissé la malade, livrée à elle-même, nous détailler ses troubles psychiques.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'accueil cordial que nous fait la malade qui dit nous connaître pour nous avoir vu plusieurs fois dans le service. Le débit intarissable de son auto-observation éloigne tout d'abord toute idée de réticence.

Parfois cependant, il semblerait qu'elle soit réti-

cente quand elle nous dit : « Il y en a bien qui comprennent, ce sont les personnes qui pensent avec moi ». Mais lorsqu'on lui demande quelles sont ces personnes qui la persécutent, la malade nous répond : « C'est un peu tout le monde ».

Le débit de la parole est précipité, logorrhéique.

L'intonation est molle, sans force. Elle prend parfois un petit ton sec tranchant, mais qui ressemble plutôt à une décharge nerveuse qu'à une véritable réaction intellectuelle.

Cette malade qui est orientée dans l'espace et dans le temps présente de la fuite des idées, indice d'excitation intellectuelle et des troubles polymorphes difficiles à classer. On constate, en effet, au milieu de ce verbiage confus, de véritables éclairs de lucidité.

Ce qui surprend chez cette malade, c'est la pathogénie qu'elle fait elle-même de ses troubles actuels qui ont débuté à la suite d'une émotion violente (passage d'avions et surtout l'annonce d'un accident grave survenu à sa fille).

« Depuis ce temps-là, je n'ai plus été la même », dit-elle.

Quant aux idées délirantes, elles sont sans liaison aucune. Ayant vécu dans un milieu scientifique, son psychisme a particulièrement été frappé par l'électricité, la transmission de la pensée, la biologie, etc... De constitution pythiatique (chutes, crises où elle perdait connaissance), elle présente des symptômes

polymorphes accompagnés de troubles cœnesthésiques et d'hallucinations excessivement variées.

L'esprit constructeur ne joue pas un grand rôle et ces vagues idées de persécution jaillissent confusément dans le champ de son psychisme.

La malade a nettement conscience que des « voix » situées en dehors d'elle frappent son oreille et que des personnes pensent avec elle. Nous avons donc ici deux formes d'hallucinations auditives : Les unes sont en rapport avec le sens de l'ouïe et présentent de l'extériorité spatiale, une objectivité sensorielle et un caractère exogène ; les autres ne seraient que des états hétérogènes, des hallucinations en rapport avec l'exercice de la pensée.

En résumé, ces hallucinations auditives reflètent des idées délirantes mal systématisées et sont greffées sur un caractère que mon maître M. le Professeur Charon, a appelé « polycentrique ».

« Les individus à constitution psycho-hystérique « sont donc des anormaux qui présentent cette par- « ticularité de pouvoir manifester alternativement « toutes les formes de caractères et tous les modes de « tempéraments, et, par suite, de pouvoir passer par « tous les états psychopathiques. Nous disons qu'ils « ont le caractère polycentrique » (1).

Hallucinations auditives dans la Psychose hallucinatoire chronique. — Certains autres états se carac-

(1) René Charon. *Notions critiques de psychologie médico-sociale*, page 34.

térisent, au contraire, par une activité psychique très prononcée. Les hallucinations et le délire sont ici étroitement unis. Les hallucinations auditives qui sont tout d'abord élémentaires et consistent en sifflements, bourdonnements, deviennent rapidement verbales.

« L'activité hallucinatoire peut être assez intense « pour intervenir dans les actes et dans les pensées « même du malade (1) ».

Ce phénomène de désagrégation de la personnalité précède souvent les premiers phénomènes hallucinatoires pour Gilbert Ballet. Il y a une tendance à l'exaltation de l'automatisme subconscient ; puis finalement à la période de démence terminale, on ne constate plus que l'automatisme et des stéréotypies hallucinatoires.

Blondel (2) a décrit dans une étude très intéressante sur « la conscience morbide », la paranoïa. Il la considère comme une perturbation des fonctions psychiques supérieures qui sont troublées au plus haut degré et il établit le rôle prépondérant joué par le jugement, base de l'interprétation délirante.

Pour Masselon (3), les hallucinations dans la paranoïa ne sont que des interprétations : « L'hallucination sort de la paranoïa ou plus exactement du tempérament paranoïaque comme en sort le délire lui-

(1) Laignel-Lavastine, André Barbé, Delmas, *La pratique psychiâtrique*, page 298.
(2) Blondel. Voir Bibliographie.
(3) Masselon. Id.

même ». Pour cet auteur c'est le trouble intellectuel qui engendre l'hallucination auditive et il s'agit ainsi non d'une hallucination véritable, mais d'une fausse hallucination.

Examinons quelques malades et étudions les hallucinations auditives dans ces divers états de psychose hallucinatoire chronique.

Nous avons observé à l'asile de Dury-lès-Amiens plusieurs cas de psychose hallucinatoire, chronique. L'un d'entre eux nous a particulièrement frappé. Il s'agit d'un malade qui est entré à l'asile en 1908. Il était âgé de 50 ans, robuste et bien constitué, d'une mise simple et correcte, d'une propreté méticuleuse et paraissait normal au premier abord. Le malade s'exprimait même avec une certaine recherche dans les expressions. Quand on lui demandait pourquoi il se trouvait à l'asile, il répondait invariablement : « Je suis une malheureuse victime. Ma femme ne m'aimait pas et pour se débarrasser de moi, elle m'a fait interner ici pour se marier avec M. X... Je désirerais ma sortie et ne veux plus entendre parler de ma femme. J'ai encore mon fils pour qui j'ai tant d'affection. Je m'occuperai de lui et m'intéresserai à ses études. Je suis encore jeune et vigoureux, je me créerai une nouvelle vie. Je suis sain de corps et d'esprit et j'espère que vous ne me confondez pas avec tous ces malheureux au milieu desquels je suis obligé de vivre. C'est triste à mon âge d'être séquestré ainsi et, je vous en supplie, donnez-moi ma liberté ».

Le malade s'exprimait avec une émotion visible, sur un ton courtois et gardait toujours le chapeau à la main. L'expression de son visage ne trahissait aucune mimique hallucinatoire et nous aurions douté de nos maîtres si un jour, après avoir conquis entièrement la confiance du malade, il ne nous avait dit : « Vous n'avez pas dû dormir cette nuit? » A notre réponse affirmative, le malade s'écriait :

« C'est faux, vous les avez entendus... Ils en ont fait du « bruit !... Ils viennent jusqu'ici par le souterrain et j'ai bien « reconnu leurs voix. Ce sont X et Y de Li... Ah les canailles ! « Ils m'ont fait interner et ils me poursuivent jusqu'ici de leurs « insultes. Ils *m'exècrent* et on tolère tout cela ici, même vous « qui le savez et les avez entendus comme moi. Je suis une vic- « time et je ne tolèrerai pas cela plus longtemps, etc... »

Le malade était en proie alors à une mimique hallucinatoire très nette, devenait violent et présentait des réactions incohérentes. Nous ne reconnaissions plus le « gentleman » des premiers jours. Les jours suivants, le malade devenait réticent et reprenait ses manières courtoises, semblant avoir oublié ce qu'il nous avait dit. Il sentait qu'il devait garder pour lui ses manifestations hallucinatoires. Le réflexe de défense était alors très accusé à notre égard. Ce malade n'a présenté aucun affaiblissement intellectuel durant notre séjour à l'asile.

Nous avons ici des hallucinations auditives se caractérisant par l'extériorité spatiale, l'objectivité sensorielle et le caractère exogène. Les idées délirantes

étaient nettement systématisées ; car l'activité intellectuelle était prononcée et le sujet parlait de la vie avec un gros bons sens parfois. Nous n'avons donc pas ici des hallucinations d'origine toxique, jaillissant confusément dans le champ de la conscience et s'extériorisant dans l'espace, nous avons des hallucinations auditives répondant à un délire et qui ne sont que le délire objectivé.

OBSERVATION DE C...

Notre ancien domestique de l'internat, atteint de psychose hallucinatoire chronique, présentait également un délire systématisé avec hallucinations auditives très nettes. Ce délire en rapport avec sa débilité intellectuelle s'objectivait fréquemment sous forme de voix et de troubles cœnesthésiques. Le malade affaibli intellectuellement n'avait plus cette réticence et ce réflexe de défense si accusé au début des psychoses. Il nous expliquait que ses « voix » lui venaient du grenier situé sous l'horloge. Ce grenier servait de repère à des gendarmes nourris par le directeur et ces « tristes individus » (*sic*) l'obligeaient au moyen de « loupes » (sic) à rester dans leur sphère d'influence et par moment lui donnaient des ordres divers. Tantôt ces voix lui interdisaient de parler et tantôt elles étaient menaçantes. Il attribuait ces persécutions au directeur qui le détenait odieusement à l'asile. Tout ceci était exposé sans grande conviction, sans aucune réaction et ce serviteur modèle, toujours correct et complètement automatisé, s'acheminait lentement vers la stéréotypie hallucinatoire et la démence.

OBSERVATION DE MADAME M... (Asile Sainte-Anne)

La malade est réticente et ne répond pas aux questions qui lui sont posées. Son facies mobile, reflète une activité intérieure ;

elle tourne la tête de temps en temps et prend l'attitude d'une personne qui écoute. Elle ne présente pas de coton ni de papier dans les oreilles. Elle n'a pas de mouchoir, ni de journal autour de la tête. Quand on s'approche d'elle, elle présente un léger réflexe de défense et se recule imperceptiblement en levant la tête.

Nous avons appris qu'actuellement, elle présentait un délire systématisé avec hallucinations auditives. N'étant pas connu de la malade et n'ayant pas conquis sa sympathie, nous n'avons pu que constater cette mimique expressive de l'hallucinée auditive. Ses « voix » semblent être extérieures ; mais nous ne pouvons les caractériser.

OBSERVATION RÉSUMÉE, DE MADAME M... (Asile Ste-Anne)

Mme M... reconnaît ses patrons et leurs voix. « Ces gens-là, « rentrent en moi par la parole, par la transmission de la pensée. « On m'endort par la parole. Pour résister, je prie ; mais eux « aussi prient. J'entends toujours des chuchotements. Mes an- « ciens patrons me magnétisent, ils me prennent ma pen- « sée. Je suis bousculée dans mon lit et ils vous font faire des « mouvements involontaires. »

La malade présente des troubles cœnesthésiques et des hallucinations auditives : « J'entends toujours des chuchotements ». Nous sommes ici en présence des hallucinations psychiques de Baillarger.

OBSERVATION DE MADEMOISELLE L... (Asile Sainte-Anne)

Cette malade présente actuellement un affaiblissement intellectuel prononcé et ses hallucinations auditives extrêmement vives ont beau se manifester sous forme de menaces et d'injures, elle les accueille avec le sourire et marmotte des paroles

incompréhensibles. Mlle L... présente une mimique hallucinatoire très nette. Ici nous avons des stéréotypies d'hallucinations. Ce sont les hallucinations passives de Blondel. Le sujet affaibli intellectuellement et frappé d'indifférence affective (signe précurseur de la démence pour notre maître Courbon) ne réagit plus à ses hallucinations, tel ce dément sénile qui se trouve à l'asile Sainte-Anne depuis 1877 et qui prétend avoir « les oreilles rabattues par ses voix depuis le temps qu'il les entend » et n'y plus faire attention.

Dans toutes ces diverses formes d'hallucinations auditives de la psychose hallucinatoire chronique, si l'on ne peut que constater le trouble intellectuel sant suite à des hallucinations oniriques, d'origine des états de psychose hallucinatoire chronique, faisant suite à des halucinations oniriques, d'origine toxique.

Voici un malade, M. M..., de l'asile Sainte-Anne. Il a présenté un délire onirique d'origine éthylique. Puis des hallucinations auditives se sont manifestées avec des idées délirantes de persécution. Le sujet qui a présenté une « bouffée » de confusion mentale va mieux actuellement et il a conscience de ses hallucinations auditives, ce qui permettrait de poser un pronostic favorable ; mais le sujet a des antécédents collatéraux chargés et lui-même présente cette « constitution paranoïaque « caractérisée par l'orgueil, la méfiance et la susceptibilité. « L'exagération de ces troubles du caractère, provoquée par « des causes occasionnelles, souvent minimes, est le facteur étio- « logique essentiel, non seulement des psychoses revendicatri- « ces et interprétatives, mais encore de la plupart des délires « de persécution ou de grandeur symptomatiques » (1).

(1) Laignel-Lavastine, André Barbé et Delmas. *La pratique psychiatrique.*

Les hallucinations auditives, d'origine nettement toxique ici, pourront s'établir définitivement sur ce terrain tout préparé ; mais elles peuvent aussi disparaître complètement par l'amélioration physique et concurremment psychique du sujet.

Nous pourrions donc ainsi entrevoir une catégorie particulière d'hallucinations auditives, séquelles d'hallucination d'origine toxique dans certaines psychoses hallucinatoires chroniques. Il y a lieu de signaler ces hallucinations auditives, d'origine toxique qui, greffées sur une constitution paranoïaque peuvent déclancher un état de psychose hallucinatoire.

En résumé, les hallucinations auditives que nous avons observées dans ces cas d'hallucinose et de psychose hallucinatoire chronique présentent une symptomatologie diverse.

Leurs signes cliniques peuvent être considérés comme des phénomènes en rapport : les uns avec l'ouïe, les autres avec la motricité verbale ou avec l'exercice de la pensée sans interposition d'images.

Quant à la pathogénie, elle reste encore obscure. Tout en admettant comme facteurs principaux les « matériaux » et l'activité intellectuelle, nous devons aussi, dans certains cas, penser aux séquelles des hallucinations oniriques pouvant se greffer sur une constitution paranoïaque.

Le pronostic de ces hallucinations auditives post-oniriques doit se baser sur les antécédents héréditaires et personnels du sujet. Ces renseignements sur

le psychisme antérieur peuvent en partie servir de base à un pronostic favorable ou défavorable lorsque ces symptômes hallucinatoires d'origine toxique sont récents.

Conclusions

Cette courte étude nous a permis d'entrevoir le rôle considérable joué par les processus intellectuels dans la genèse des hallucinations auditives.

Après quelques généralités sur les théories et les définitions nombreuses des hallucinations, nous avons tenté de classer les hallucinations auditives suivant leur rapport avec l'ouïe, avec la motricité verbale et avec l'exercice de la pensée sans interposition d'images.

Il nous semble d'ailleurs difficile d'établir ainsi des cadres rigides en raison de la formule psychologique personnelle des sujets, formule éminemment variable. Nous n'accordons pas une grande valeur sémiologique à ces diverses formes d'hallucinations auditives. On peut les retrouver, en effet, dans les délires de persécution sans confusion, ni démence ; mais elles existent également dans la démence et dans la confusion.

Nous avons essayé ensuite de montrer l'évolution de l'hallucination auditive dans l'hallucinose et la psychose hallucinatoire chronique.

Dans l'hallucinose, nous constatons une indigence

de construction idéologique du sujet. Nous avons une objectivation d'idées morbides simples, sans systématisation.

Dans la psychose hallucinatoire chronique, au contraire, les idées morbides sont étroitement unies l'une à l'autre, s'enchaînent en une armature solide par le fait d'une grande richesse idéologique. L'objectivation de ce délire nous donne l'hallucination auditive active.

Quant à la pathogénie de ces hallucinations auditives, elle reste encore pleine de mystère.

Cependant l'on trouve parfois à l'origine des psychoses hallucinatoires chroniques, une intoxication avec séquelles d'hallucinations oniriques ; mais il n'en reste pas moins vrai que le plus grand nombre de ces troubles morbides semble se présenter à nous sans origine toxique apparente.

Ces hallucinations ne sont que l'objectivation d'idées délirantes et nous pouvons dire que « l'hallucination est un délire objectivé ».

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. LABBÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur, l'Inspecteur de l'Académie :

Th. LECONTE.

Bibliographie

Laignel-Lavastine, André Barbé, Delmas. — La pratique psychiâtrique.

Séglas. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, Paris, Asselin et Houzeau 1895.

Psychose hallucinatoire chronique, *L'Encéphale*, novembre 1911 et juin 1913.

Gilbert Ballet et Mallet. — Hallucination et dissociation de la personnalité. *L'Encéphale*, 10 juillet 1913.

Dupré et Gelma. — Hallucinose chronique. Soc. de psychiâtrie, 11 février 1911.

Buvat. — Un cas d'hallucinose chronique. *L'Encéphale*, 1911, p. 153.

Masselon. — L'hallucination et ses diverses modalités cliniques, *Journal de psychologie normale et path.*, 1912 et 1913.

René Charon. — Notions critiques de psychologie médico-sociale. Editeur Maloine.

Blondel. — Paranoïa et hallucination, *L'Encéphale* 1910-1.

Gilbert Ballet et Mallet. — Aperçu sur la psychologie pathologique des hallucinations, *Paris Médical*, 1913.

Tamburini. — La théorie des hallucinations, *Revue scientifique*, 29 janvier 1881.

Tanzi. — Sur une théorie de l'hallucination, *Riv. di patologia nerv. et ment*, juillet 1904.

Thèse de Mourgue (1918-19), Paris. — Etude critique sur l'évolution des idées relatives à la nature des hallucinations vraies.

Thèse de Petit (Bordeaux 1913). — Essai sur une variété de pseudo-hallucination. Les auto-représentations aperceptives.

Gley. — Traité de physiologie.

Amédée Legrand, Editeur, Paris.